

Un jugement sévère sur le Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux

Gérard Bélanger

Volume 64, numéro 1, mars 1988

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/601440ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/601440ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

HEC Montréal

ISSN

0001-771X (imprimé)

1710-3991 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cette note

Bélanger, G. (1988). Un jugement sévère sur le Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. *L'Actualité économique*, 64(1), 126–135. <https://doi.org/10.7202/601440ar>

Tous droits réservés © HEC Montréal, 1988

Cet document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

<https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Un jugement sévère sur le Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux

Gérard BÉLANGER
Université Laval (Québec)

La lecture attentive des 698 pages du *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*¹ soulève la question suivante : pourquoi la lecture de ce long travail, qui a coûté plus de six millions de dollars, est-elle si peu profitable ? La réponse doit en grande partie s'inspirer de l'étude de la dynamique des commissions d'enquête.

La recension du politologue Paul E. Peterson de six rapports américains sur l'éducation au début des années quatre-vingt offre des voies d'explication :

*«... the reports themselves, upon close examination, prove to be disappointing. If we judge them by the standards ordinarily used to evaluate a policy analysis — focused statement of the problem to be analysed, methodical evaluation of existing research, reasoned consideration of options, and presentation of supporting evidence and argumentation for well-specified proposals — they simply do not measure up. With some exceptions, the studies do not address the most difficult conceptual and political issues. Instead, they reassert what is well-known, make exaggerated claims on flimsy evidence, pontificate on matters about which there could scarcely be agreement, and make recommendations that either cost too much, cannot be implemented, or are too general to have any meaning.»*²

Son analyse lui permet d'entrevoir différentes caractéristiques des rapports :

«Given these organizational and political restraints, a «successful» commission report is likely to have several not altogether satisfactory characteristics :

- 1. The report is almost certain to exaggerate the problem it addresses.*
- 2. The report will state only broad, general objectives.*
- 3. The report will recommend changes that are beyond technology and resources.*
- 4. The report will not spell out the details of its proposed innovations.*
- 5. The report will seldom call for institutional reorganization.*
- 6. The report will poorly document the value of the solutions it proposes.»*³

1. Gouvernement du Québec, *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Québec : Les Publications du Québec, 1988, 803 pages (en incluant les annexes).

2. P.E. Peterson, « Did the Education Commissions Say Anything ? », *The Brookings Review*, vol. 2, n° 2, hiver 1983, p. 3.

3. *id.*, pp. 9-10.

Une meilleure compréhension de la dynamique des commissions permet de diminuer les attentes que suscite la lecture de leurs rapports.

L'appréciation du *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux* se limitera aux trois points suivants :

1. l'évaluation du système existant ;
2. la recommandation maîtresse de la Commission : la création d'un organisme régional électif ;
3. les recommandations en matière de financement du système et des organismes.

De plus, je me restreins aux services de santé parce que j'y suis plus familier.

1. *L'évaluation du système existant*

Le Rapport insiste à plusieurs reprises sur la nécessité de l'évaluation des services. « D'ailleurs, l'évaluation est de façon générale sous-développée dans tout le système des services sociaux et des services de santé ». (p. 694). Le Rapport met-il en pratique ce qu'il recommande ? Offre-t-il une bonne évaluation du présent système et de l'impact de différentes décisions ? La réponse à ces questions est négative.

Les quatre cents premières pages du Rapport correspondent au style des publications comme l'*Annuaire du Canada* et *Le Québec Statistique*. Elles offrent une description désincarnée du système socio-sanitaire avec très peu de perspective analytique. Le lecteur n'y retrouve pas le vécu des institutions. Du côté de l'étude empirique, l'analyse est remplacée par des décompositions comptables des agrégats qui débouchent sur des projections « mécanistes ». Ce procédé peut offrir une meilleure image de la situation sans toutefois en faire l'analyse ou l'expliquer.

Comme les prix ne jouent pas leur rôle de rationnement pour les services des médecins et des hôpitaux, quels sont les effets des autres mécanismes utilisés lorsque la nécessité de rationner les quantités demeure ? La liste d'attente n'est-elle pas un mode de rationnement auquel recourent les hôpitaux pour les cas non urgents ?⁴ Comme le délai pour recevoir un produit en réduit sa valeur, la quantité demandée converge vers la quantité offerte non par une variation des prix mais par une variation de la valeur du service retardé. Cette question n'est pas étudiée dans le Rapport. Il est inutile d'essayer d'y trouver des estimés des temps d'attente pour différentes interventions. C'est une question trop concrète pour se retrouver dans un rapport désincarné.

4. Des rapports de journaux montrent la présence de ce phénomène. Voir S. Scott, « Thousands of Montrealers are enduring extra agony in lineup for hospital bed », *The Gazette*, 12 mai 1984, p. 1. Un texte récent a formellement démontré que dans un monde où le rationnement se fait par le temps d'attente, une augmentation de la capacité des hôpitaux peut provoquer des listes plus longues d'attente. Référer à C.M. Lindsay et B. Feigenbaum, « Rationing by Waiting List », *American Economic Review*, vol. 74, n° 3, juin 1984, p. 411.

Deux développements majeurs eurent lieu dans le réseau québécois des services de santé au cours des années soixante-dix. Premièrement, il y eut une contraction importante de la capacité des hôpitaux : le nombre de lits de soins physiques de courte durée est passé de 4,92 par mille personnes en 1972 à 3,87 en 1980, soit une baisse de 21 pourcent en huit ans.⁵ Cette contraction n'a pas été assez élevée pour mériter une analyse dans le volumineux rapport. De plus, au cours des quinze dernières années, un réseau de 155 centres locaux de services communautaires a été mis sur pied au Québec. Pourquoi le Rapport ne fournit-il pas une analyse détaillée et comparative de ces nouveaux organismes ? Il se limite à une description de leur évolution sans les évaluer réellement. Il aurait été par exemple intéressant d'avoir un parallèle entre les pratiques des médecins des polycliniques privées et celles des médecins des centres locaux de services communautaires.

Le Rapport n'offre pas des évaluations pertinentes sur la qualité des soins de santé et des services sociaux. Il n'a donc pas mis en pratique ses propres recommandations sur la nécessité d'avoir des études évaluatives. Il ne réfère même pas aux études qui ont été faites.⁶ N'est-il pas symptomatique que le citoyen consommateur ne puisse pas référer à des analyses sérieuses de la qualité des services des deux grands secteurs nationalisés que sont l'éducation et la santé et qui représentent entre 15 et 20 pour cent de la production de l'ensemble de l'économie ? Avec sa publication *Protégez-vous*, le Gouvernement du Québec subventionne et publie pourtant des évaluations des cafetières et des marques de crème glacée.

Comme le note Peterson, la notion de crise est très importante dans un rapport de commission :

*« The commissions (on education) find, first of all, that the future of the country is at stake... These proclamations of crisis are the most arresting portions of the reports. However, the information offered in support of the claims that American schools have failed is patchy, dated, and not nearly as dramatic as the rhetoric employed... In fact, my chief complaint about the commission reports is that by exaggerating weaknesses, they fail to pinpoint the real problems. »*⁷

La Commission établit sa crise ou son drame en trois tableaux dans un chapitre d'une trentaine de pages au titre évocateur « Un système en otage ». Le contexte ne laisse toutefois pas entrevoir une crise puisqu'il est écrit :

« Ses travaux (de la Commission) confirment d'ailleurs que, de tous les pays industrialisés, le Québec et le Canada ont un des meilleurs systèmes qui se puisse imaginer

5. Ces données proviennent du travail de M.-A. Maranda et G. Renaud, *Les soins de courte durée au Québec : analyse comparative et perspective*, Québec : Ministère des Affaires sociales, août 1981, 100 pages.

6. Au sujet d'études de rentabilité, consulter F. Bergeron, « Conséquences médico-économiques du faible usage de la gamma-globuline anti-rhesus au Québec », *Vie médicale au Canada français*, vol. 4, novembre-décembre 1975, et D. Dagenais et al., *Évaluation de la rentabilité sociale du réseau génétique québécois*, cahier 8052, Montréal : Université de Montréal, Centre de recherche en développement économique, 1980.

7. P.E. Peterson, *op. cit.*, pp. 4-5.

aussi bien en ce qui concerne le degré d'accessibilité aux services, la couverture des programmes d'assurance-maladie, les indicateurs généraux de santé et de bien-être, qu'en ce qui concerne le contrôle des coûts. » (pp. 396-7)

Cette toile de fond ne doit pas leurrer puisque le navire est en train de couler :

« De l'ensemble des informations recueillies, se dégage, au-delà des progrès accomplis, l'image trouble d'un système qui n'arrive qu'à grand peine à s'ajuster à l'évolution des besoins de la population, à motiver son personnel, à réaménager les pouvoirs et les fonctions des divers organismes pour mieux servir le public, à susciter des recherches qui soient vraiment utiles, à bien gérer la diffusion des technologies, à favoriser la participation des citoyens à la prise de décision, à régionaliser sa gestion et à repenser son financement pour améliorer la dispensation des services et l'efficacité du système.

Tout se passe comme si le système était devenu prisonnier des innombrables groupes d'intérêt qui le traversent : groupes de producteurs, groupes d'établissements, groupes de pressions issus de la communauté, syndicats, etc. ; que seule la loi du plus fort opérerait et que les mécanismes démocratiques d'arbitrage ne suffisaient plus ; que la personne à aider, la population à desservir, les besoins à combler, les problèmes à résoudre, bref le bien commun, avaient été oubliés au profit des intérêts propres à ces divers groupes. » (p. 407)

La catastrophe peut toujours être évitée en recourant à deux grandes manoeuvres reliées mais que le Rapport évite bien de préciser : adopter une approche intersectorielle avec une mentalité de « résultat » :

« Il y a dans ce vaste réseau de fonctionnaires, de professionnels, de gestionnaires et d'établissements, une absence quasi complète d'objectifs de résultats, c'est-à-dire d'objectifs qui permettraient d'évaluer si les réponses données aux besoins de la personne et de la population sont complètes, pertinentes et satisfaisantes. Qui plus est, les ministères ne parviennent pas à unir leurs efforts dans des domaines aussi variés que l'emploi, l'éducation, l'environnement, la justice et les affaires sociales. Les gouvernements n'arrivent pas à coordonner leur stratégie de lutte contre la pauvreté et le chômage. Les établissements, les organismes communautaires et les familles n'arrivent pas davantage à s'organiser par rapport aux services à rendre. Bref, on parvient difficilement à adopter une approche intersectorielle. Si une telle approche était mise en place, la santé et le bien-être de la population en seraient grandement améliorés. Mais, pour y arriver, il faut penser « résultat », une tournure d'esprit trop souvent absente du réseau actuel malgré l'évidente bonne volonté de ceux qui y oeuvrent et dont a pu se rendre compte la Commission tout au long de ses travaux. » (p. 408)

La preuve qu'établit la Commission pour déterminer son bilan du système ou sa crise n'est pas très substantiée. Toutefois, les affirmations sur l'éloignement du système des intérêts des consommateurs représentent le meilleur argument pour proposer sa décartellisation avec un recours aux différents mécanismes de la concurrence.

Si l'évaluation du système est superficiel, les recommandations de la Commission sont-elles plus intéressantes ? C'est l'objet des deux prochaines sections.

2. *La recommandation maîtresse de la Commission : la création d'un organisme régional électif*

La principale recommandation de la Commission se résume aux points suivants :

- « ● Que le MSSS (ministère de la Santé et des Services sociaux) concentre son rôle sur la planification et l'évaluation de l'ensemble des services de santé et des services sociaux offerts à la population du Québec, de même que sur la coordination et le contrôle des programmes de portée provinciale.
- Que la région soit responsable de la planification, de la coordination et de l'évaluation des programmes sociaux reliés aux problèmes d'intégration sociale et des programmes de santé de niveaux primaire et secondaire, de la coordination des programmes inter-établissements ainsi que de la concrétisation de l'approche intersectorielle.
- Que les conseils régionaux de la santé et des services sociaux actuels soient remplacés par des régies régionales représentatives de la population qu'elles desservent. Ces régies se doteront d'un comité régional des priorités, avec représentation de la population, pour la conseiller sur les priorités et sur l'évaluation des services... » (p. 689)

La Commission propose donc la création d'un organisme régional électif pour administrer le budget régional socio-sanitaire reçu du gouvernement provincial. Les régies proposées décideront donc des priorités ou des arbitrages au niveau de la région en établissant les choix dans un plan triennal et procéderont à l'allocation des budgets d'exploitation et d'immobilisation des établissements et des autres organismes de services de santé et de services sociaux de la région. Cette importante décentralisation du budget du ministère avec une régie élue pour chacune des seize régions administratives est selon la Commission justifiée par « la revitalisation du dynamisme régional » au Québec. Cette constatation du dynamisme s'appuie simplement sur la publication en 1983 du document de consultation du ministre délégué à l'Aménagement et au Développement régional, *Le choix des régions* et la tenue de dix sommets socio-économiques régionaux entre 1981 et 1986. La base justificatrice n'est pas convaincante.

La décentralisation proposée par la Commission ne mérite-t-elle pas de soulever l'enthousiasme puisqu'elle permettra une diversité de choix régionaux par des personnes élues ? N'est-ce pas préférable à la provincialisation actuelle des décisions et des arbitrages ? Mais, le type proposé de décentralisation est-il réaliste dans un monde où le financement des régies régionales n'est pas autonome mais provient totalement (ou presque) du Gouvernement du Québec ? Peut-on conserver un pouvoir réel de décision ou de choix sans avoir des responsabilités de financement ? La Commission ne s'est pas posé ces deux dernières questions et ne s'appuie sur aucune recherche particulière pour justifier le réalisme de sa recommandation maîtresse. N'est-ce pas étrange ?

La Commission propose donc un organisme régional électif qui s'apparente aux commissions scolaires dans le secteur de l'éducation. Pourquoi n'a-t-elle pas

étudié l'évolution de ces dernières ? En 1958-1959, l'importance de l'autofinancement ou des taxes autonomes des commissions scolaires ne ressemblaient en rien à ce qu'elle est aujourd'hui. Celles-ci s'autofinançaient à 70 % et les subventions gouvernementales venaient combler l'autre 30 %. Avant juillet 1961, les commissions scolaires avaient une très grande liberté dans l'administration de leurs dépenses, puisqu'elles n'avaient à peu près aucun compte à rendre au gouvernement provincial, dont les subventions étaient généralement discrétionnaires et inconditionnelles.

À partir de l'adoption de la Loi pour aider les commissions scolaires à s'acquitter de leurs obligations, sanctionnée le 9 juin 1961, les commissions scolaires commencèrent à perdre rapidement leur autonomie. Cette loi leur enlevait le champ fiscal de la taxe de vente et introduisait le principe des subventions d'équilibre budgétaire reliées négativement au rendement de l'impôt foncier scolaire normalisé. En peu d'années, le pouvoir local en éducation disparut et l'enseignement primaire et secondaire public fut provincialisé, comme en témoignent les négociations collectives des enseignants à l'échelle provinciale, imposées par une loi en février 1967. La perte du champ de l'impôt foncier normalisé en 1980 n'a pas affecté le degré d'autonomie des commissions scolaires puisqu'elles l'avaient déjà perdue durant les années soixante avec la provincialisation des négociations collectives et la normalisation des dépenses par les règles budgétaires du ministère de l'Éducation. Leur pouvoir propre est bien représenté par l'importance relative dans les budgets de l'impôt foncier scolaire supplémentaire qui totalise depuis quinze ans de 2,5 à 5,0 pour cent de leurs revenus.

De plus, la Commission ne réfère nullement à la tentative de décentralisation des fonctions survenue il y a dix ans, au début du premier mandat du Parti Québécois. Dans l'avant-propos d'une série de fascicules intitulée *La Décentralisation : une perspective communautaire nouvelle*, le ministre d'État à l'Aménagement écrivait en 1978 :

« Il devenait nécessaire pour le gouvernement d'examiner :

- 1° quelles responsabilités actuellement exercées par Québec pourraient être rapprochées des citoyens ;
- 2° quel organisme politique pourrait les recevoir.

Un document de travail préliminaire a été déposé au Conseil des ministres en décembre 1977 et a fait l'objet de discussions. »⁸

Ce document de travail proposait une réforme majeure en établissant une structure régionale de gouvernement avec des fonctions importantes. En effet, si on se fie à un rapport de journal⁹, le président et la moitié des membres du palier

8. Secrétariat à l'aménagement et à la décentralisation. *La décentralisation, une perspective communautaire nouvelle, Fascicule 1 : Une vue d'ensemble*, Québec : Gouvernement du Québec, 1978, p. 3.

9. B. Descôteaux, « Québec posera à l'automne les premiers jalons d'une politique de décentralisation », *Le Devoir*, vol. LXIX, n° 77, mardi 4 avril 1978, p. 1.

régional auraient été élus au suffrage universel tandis que l'autre moitié aurait été formée de représentants du territoire du comté, désignés par un collège électoral. Cette structure régionale devait créer quatre grandes commissions : celle de l'éducation et de la culture qui s'occuperait de l'enseignement aux niveaux de la maternelle, du primaire et du secondaire ; celle du développement social qui s'occuperait des soins de santé de première ligne, de l'administration de l'aide sociale, de l'aide juridique, de la formation professionnelle ; et enfin les deux Commissions de l'aménagement du territoire et du développement économique et touristique.

Au cours des premiers mois de 1978, cette proposition audacieuse de décentralisation régionale a été rejetée au Conseil des ministres. Après cette défaite, le Secrétariat à l'aménagement et à la décentralisation publia cinq fascicules sous le thème de la décentralisation dans une série qui devait en compter neuf. Ces textes éclairaient peu sur les intentions du gouvernement puisque le fascicule traitant du réaménagement des pouvoirs ne fut jamais publié. Toutefois, le premier fascicule constitue une véritable apologie de la décentralisation. Au moins, les paroles allaient dans la bonne direction même si le gouvernement proposait la même année deux mesures centralisatrices en votant la Loi sur la Protection du territoire agricole et en déposant le Projet de loi sur l'Aménagement du territoire et l'urbanisme.

Comment la Commission peut-elle sérieusement proposer une décentralisation des décisions en matière de santé et de services sociaux sans analyser l'expérience de l'éducation et l'échec de l'implantation du programme du Parti Québécois et aussi sans recourir à un financement décentralisé ? Pourquoi l'homme politique provincial ferait-il arbitrer par d'autres un pourcentage non négligeable du budget de la Province ? De plus, pour la moitié de la population du Québec qui habite la grande agglomération de Montréal, les limites des régions administratives ont assez peu de signification. Pourquoi St-Lambert se retrouve-t-elle avec St-Hyacinthe et non avec Montréal ?

Peterson disculpe par ailleurs le personnel pour la pauvreté de la documentation sur la valeur des recommandations :

« Documentation is a painstaking, time-consuming, boring activity. It requires days of reading, gathering, and assessing information, followed by hours of careful writing and editing... But even if staff were ample, the necessary documentation work would probably not be done. While a good staff can document the problem, it cannot gather evidence to assess proposed recommendations until these are agreed on by the commission. Unfortunately, the commission typically agrees on its proposals only at the end of its term of office — which in all probability has already been extended beyond the originally anticipated terminus. In the first months of a commission's life, members become acquainted, listen to experts discuss the problem, receive testimony from interested groups, and explore alternatives. By the time agreement is reached, it is too late to look at the evidence. Moreover, staff-produced analyses in the final stages of manuscript preparation might even sabotage the commission process. Detailed assessment of a proposal would uncover unanticipated difficulties

that, if brought vigorously to the commission's attention, would be perceived as a staff attempt to circumvent the commission's policies. In the end, the staff, no matter how knowledgeable and industrious, concludes that it is better to leave certain problems unmentioned than to spell out and justify proposed recommendations in detail. »¹⁰

3. Les recommandations en matière de financement du système et des organismes

Si le Rapport donne une vue passablement désincarnée des systèmes de santé et de services sociaux et n'indique nullement pas quelle dynamique pourrait être implantée la décentralisation proposée des arbitrages, qu'en est-il maintenant des recommandations sur le financement du système et des organismes ? Encore ici, la Commission s'est refusée à approfondir les questions.

Sur l'enveloppe des ressources, les opinions de la commission sont pour le moins précises :

« Les résultats de plusieurs enquêtes auprès de la population confirment que l'important n'est pas tant la quantité de fonds publics investis dans le système de santé et de services sociaux, mais ce à quoi l'argent est utilisé » (p. 642)... « Par ailleurs, il faut sortir du débat stérile portant sur l'insuffisance ou, au contraire, sur l'excès des fonds publics investis dans le secteur de la santé et des services sociaux ». (p. 656)

Si c'est un « débat stérile » d'analyser l'enveloppe des ressources, je ne comprends pas que la Commission s'empresse d'écrire : « ...la Commission estime inacceptable que le gouvernement fédéral n'assure pas aux provinces les moyens de concrétiser les objectifs nationaux des programmes d'assurance-santé » (p. 656). La détermination de ces moyens relèverait aussi d'un « débat stérile ».

De telles opinions permettent au Rapport d'éviter l'analyse des politiques de contraction de la capacité du système sanitaire comme la diminution de 21 pour cent du nombre de lits de soins physiques de courte durée par mille personnes durant les années soixante-dix et la baisse appréciable au cours de la présente décennie commandée par le ministère pour les entrées dans les quatre facultés de médecine du Québec et pour les postes de résidents pour la spécialisation.

Une façon de permettre aux citoyens de mieux s'exprimer sur l'enveloppe consacrée à un secteur tels les services de santé et de services sociaux est le recours à un financement spécifique ou à des taxes assignées au secteur. Rapidement et encore sans analyse, le Rapport rejette cette voie : « On s'accorde généralement à reconnaître la formule choisie par le Québec (par le Fonds consolidé de la Province ou les recettes générales) comme la seule façon socialement acceptable d'assurer un compromis difficile entre les besoins de santé et de bien-être de la population et le caractère forcément limité des ressources disponibles ». (p. 356)

10. P.E. Peterson, *op. cit.*, pp. 10-11.

Le budget du ministère de la Santé et des Services sociaux pour 1988-1989 totalise 7,5 milliards de dollars par rapport à un budget gouvernemental de 31,5 milliards. Son réseau comprend plus de 900 établissements. Pour ces derniers, les critères de répartition des crédits du ministère ou la formule de financement utilisée sont très importants puisqu'ils indiquent ce qui est privilégié par le ministère, c'est-à-dire les activités qu'il devient rentable de développer pour l'institution. En un mot, ils véhiculent un système d'incitations.

Cette question des incitations inhérentes aux méthodes de financement, qui est omniprésente dans les différents réseaux du secteur para-public québécois, a récemment accru sa visibilité aux États-Unis. À partir de 1983, le programme Medicare a commencé à ne plus rembourser les services hospitaliers internes sur une base de coûts effectifs, pour y substituer un paiement prospectif par cas établi selon une classification de 468 groupes de diagnostics. Ce changement peut avoir un impact non négligeable sur la durée du séjour et l'utilisation des nouvelles technologies médicales.¹¹

Malheureusement, encore ici, le Rapport demeure superficiel en se limitant à recommander un financement par programme avec « des mesures d'encouragement en fonction des résultats obtenus ». Il n'offre aucune concrétisation de ce que pourrait être un tel financement et aussi des difficultés de l'appliquer. C'est un autre exemple des généralités du rapport. Pourtant, une étude commanditée sur le financement et la budgétisation des hôpitaux posait à ce sujet plusieurs questions très pertinentes qui ne furent pas reprises par la Commission.¹²

Conclusion

Les commissaires sont très satisfaits de leur Rapport: « Au terme de ses travaux, la Commission considère qu'elle a fait le point sur l'état des connaissances en ce qui concerne les problèmes de santé et les problèmes sociaux. Elle a également analysé les enjeux majeurs liés au fonctionnement et au financement des services. Elle estime, de plus, que son rapport reflète le consensus actuel sur les solutions à apporter à ces problèmes ». (p. 685)

Mon évaluation est toute autre. Mes objections au travail de la Commission se situent même à un niveau antérieur à celui des recommandations. Elle a été tout simplement incapable de soulever les questions pertinentes et bien réelles du secteur. La simple description et les décompositions comptables de quelques données ou agrégats ne peuvent remplacer l'analyse.

11. U.S. Congress, Office of Technology Assessment, *Medicare's Prospective Payment System: Strategies for Evaluating Cost, Quality, and Medical Technology*, OTA-H-262 Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, octobre 1985. Voir aussi D. Dranove, « Rate-Setting by Diagnosis Related Groups and Hospital Specialization », *The Rand Journal of Economics*, vol. 18, n° 3, automne 1987, pp. 417-427.

12. G. DesRochers, *Financement et budgétisation des hôpitaux*, Québec: Les Publications du Québec, 1988. Je suis surpris de constater que malgré son importance l'analyse du financement des différents réseaux stagne au Québec. C'est le cas pour les universités où la méthode historique de financement a une longue histoire que ne veut pas se terminer.

Cette évaluation demeure toutefois à un premier niveau de réflexion. Elle n'analyse pas la conception de l'homme auquel on se réfère. Le Rapport s'inspire d'une tradition très répandue dans le milieu intellectuel, la tradition collectiviste qui place l'individu comme un être très dépendant de son environnement. Cette approche privilégie l'ingénierie sociale avec la détermination de plans, les décisions basées sur les processus politico-administratifs et le verbiage de la consultation à de multiples paliers. L'autre tradition considère les individus qui expriment leurs préférences par des échanges libres dans un monde de concurrence qui favorise la créativité institutionnelle aux antipodes de l'ingénierie sociale. Ce sujet devrait toutefois faire l'objet d'un autre texte, probablement sous la responsabilité d'une personne plus compétente.